

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1907

N° 384

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Jules MAURY

Né au Mans, le 28 mai 1881

DE

L'ENGOUEMENT HERNIAIRE

Président : M. SEGOND, professeur.

Juges : { MM. TUFFIER, agrégé.
BROCA (Aug.) et LEGUEU, agrégés.

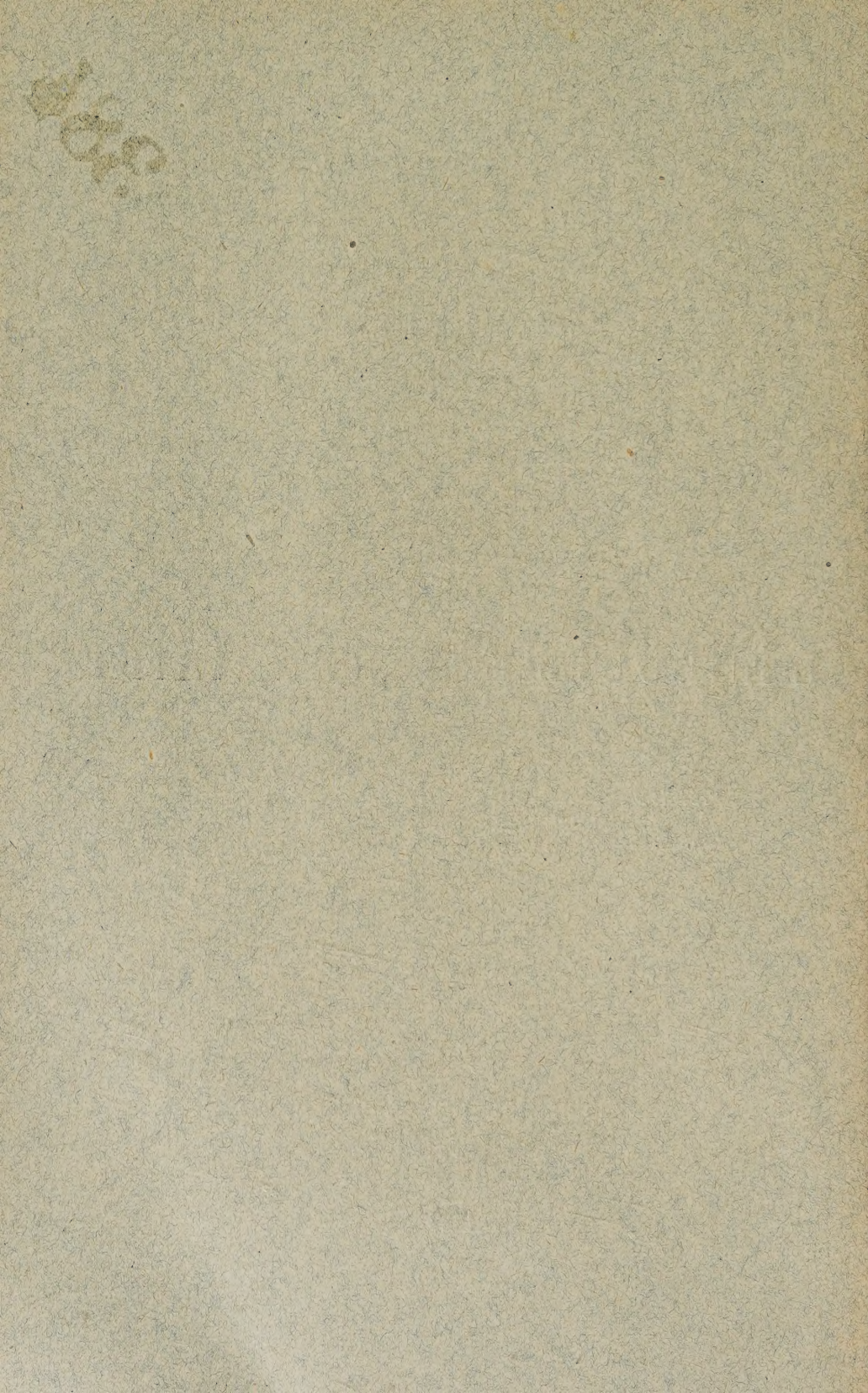
PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

—
1907



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESE

1872

BY DOCTORAT DE M. L. L.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 15 juillet 1907, à 1 heure

PAR

Jules MAURY

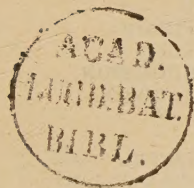
Né au Mans, le 28 mai 1881

DE

L'ENGOUEMENT HERNIAIRE

Président : M. SEGOND, professeur.

*Juges : { MM. TUFFIER, agrégé.
BROCA (Aug.) et LEGUEU, agrégés.*



PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. DEBOVE.
	Professeurs	MM.
Anatomie.		N...
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie.		CORNIL.
Operations et appareils		N....
Pharmacologie et matière médicale.		SEGOND
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.		DEJERINE.
Clinique médicale.	}	ROGER.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	}	TERRIER.
		BERGER.
		RECLUS.
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	}	N....
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.

Agréés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRÉ	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.).
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	TEISSIER
BRANCA	FAURE	MAILLARD	THIROLOIX
BEZANÇON	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
BROCA (André)	JEANSELME	MERY	
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGRY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. SECOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES

PRÉFACE

Au début de ce travail, qui termine nos études médicales, nous tenons à témoigner notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé. Nous adressons nos plus sincères remerciements à M. le D^r A. BROCA, professeur agrégé de la Faculté, et chirurgien des Hôpitaux, qui a bien voulu nous indiquer ce sujet de thèse, et nous fournir plusieurs observations de sa pratique.

Que nos maîtres de la Faculté de Paris soient assurés que nous emportons les meilleurs souvenirs de leur brillant enseignement et particulièrement M. le professeur RAYMOND dont nous avons suivi les leçons avec un intérêt si fructueux.

Notre reconnaissance doit aller aussi à nos premiers maîtres, de l'école d'Angers, et parmi eux, à MM. les professeurs MONTPROFIT, JAGOT, et THIBAUT, qui nous ont initié aux difficultés de la clinique.

Enfin, que M. le professeur SEGOND veuille bien agréer ici, l'expression respectueuse de nos remerciements, pour le grand honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« On désigne sous le nom d'engouement, cet état particulier des hernies, dans lequel les matières que renferme le tube digestif s'accumulent dans l'intestin hernié, de manière à y intercepter le passage, et à y déterminer des accidents. »

Cette définition de P. Broca, ainsi que le fait remarquer P. Nau, ne préjuge pas de la nature des matières, et de leur état. « De prime abord il semble évident qu'une substance capable d'intercepter tout passage dans une anse ouverte à ses deux bouts, doit être solide. » C'est ainsi, pour notre compte que nous concevrons l'engouement; l'engouement liquide et l'engouement gazeux des anciens auteurs n'ont plus qu'une valeur historique. S'ils sont susceptibles au demeurant, ainsi que le montre l'expérience classique d'O'Beirne, de jouer un rôle important dans la production de l'étranglement, c'est à ce titre seul qu'ils méritent considération.

Ainsi compris, l'engouement pendant des siècles, de l'antiquité à la Renaissance, tint une place prépondérante, sinon exclusive, dans la pathologie des hernies. Ainsi qu'il devait arriver, en l'absence de contrôle anatomique, les anciens donnèrent des accidents des hernies l'explication qui s'offrait : l'oblitération par le contenu de la lumière intestinale.

Quatre siècles avant Jésus-Christ, Proxagoras, le premier, formula la doctrine de l'engouement, et, acceptant les conséquences qu'elle impliquait, il osa proposer l'incision de l'anse pour donner issue au bouchon stercoral.

A sa suite Celse, Archigène, Paul d'Égine, Léonidas d'Alexandrie reprennent l'étude des complications des hernies, en précisent la symptomatologie, en discutent le mécanisme, invoquent tour à tour l'engouement et l'inflammation, soupçonnent même l'étranglement.

La doctrine de l'engouement demeure intacte et intangible : c'est l'article de foi du moyen âge traditionaliste, se contentant d'épiloguer sur la révélation des maîtres de l'antiquité.

Au xvi^e siècle, l'édifice fragile des théories indiscutées, chancelle aux premières vérifications. En 1561, paraît à Lyon le *Traité très ample des hernies*, de Franco : « Franco n'avait pas comme ses prédécesseurs décrit les hernies d'après les livres seulement : il avait surtout étudié ses malades. Barbier, comme son illustre contemporain A. Paré, il prati-

quait lui-même les opérations et s'occupait d'une manière toute spéciale des hernies.

« Il avait donc vu et opéré beaucoup de hernies étranglées ou engouées, le nom ne fait rien à la chose, et il avait reconnu qu'en pareil cas l'anse intestinale était loin d'être distendue par des matières dures, comme on l'enseignait à cette époque... Il y avait vu seulement « quelque matière fécale » (quelque au singulier, ce qui signifie sans doute quelque peu) » et comme à tout prendre, il n'osait pas rompre en visière avec la doctrine de l'engouement, comme dès lors, il fallait bien que l'intestin fût engoué par quelque chose, Franco fut amené à dire que l'engouement était dû à des « flatuosités et autres choses venteuses » (P. Broca).

Trente ans après, Rousset, dans son *Traité nouveau de l'hystérotomotomie*, transcrivait trois observations de hernies opérées par incision et employait le mot vague d'*incarcération*.

En 1640, Covillard de Lyon, soucieux de concilier les faits avec la tradition, oppose à l'engouement solide l'engouement gazeux.

Le xvii^e siècle voit paraître les résultats des premières dissections. Fallope découvre l'anneau inguinal externe. Riolan décrit trois anneaux échelonnés le long du trajet inguinal, répondant à chacun des trois muscles pariétaux. Dès lors, l'obstacle à la réduction était trouvé ; le débridement, la section des anneaux en découlait. L'étranglement était consacré et Nicolas Lequin le premier en 1865, employait le

terme étranglement avec sa signification actuelle.

Bligny invoque cependant encore l'accumulation de matières fécales dans l'intestin hernié comme une cause de difficulté pour le taxis.

Mais l'engouement a bien perdu de son ancienne faveur. Littré, Méry, Saviard, Ledran, Arnaud l'oublent, et n'en parle que pour l'attaquer.

Ce n'est là qu'une éclipse, et l'engouement reparaît bientôt avec plus d'éclat que jamais. Goursaud, en 1708, justement frappé par les aspects si divers que revêt en clinique l'étranglement, s'efforce de superposer aux faits indiscutables une théorie acceptable. Et, il établit en face de l'étranglement aigu, à marche rapide, dont il fait l'*étranglement par inflammation*, l'*étranglement par engouement*, dans lequel il faisait rentrer les étranglements chroniques, à évolution traînante. L'observation justifiait une telle distinction : ainsi s'explique la fortune d'une doctrine anatomiquement erronée. Consacrée à nouveau par l'autorité de Boyer, elle régna sans conteste jusqu'en 1840.

Malgaigne reprend la question dans une série de mémoires. Il réfute avec succès les conceptions pathogéniques de Goursaud. L'étranglement par engouement n'est qu'un type clinique, les symptômes observés ressortissent non pas à l'engouement, pas même à l'étranglement, mais à l'inflammation des hernies, le plus souvent épiploïques, à la péritonite herniaire.

Paul Broca, dans sa thèse d'agrégation, développe

et confirme les idées de Malgaigne. Mais à son tour, il a le tort d'exagérer le rôle de l'inflammation, et de vouloir ériger, à côté de l'étranglement vrai un pseudo-étranglement, justiciable d'une thérapeutique médicale et d'une abstention opératoire. Il rejetait l'engouement ou limitait considérablement son domaine. Mais, ses conclusions n'étaient pas moins précaires que celles de Goursaud.

Ce fut l'honneur de Gosselin de remettre les choses au point, de réduire à néant la doctrine de l'inflammation ou tout au moins de la restreindre ; de montrer que les pseudo-étranglements étaient en vérité des étranglements légers ; que l'inflammation n'existe, indépendamment de l'étranglement, que dans des hernies épiploïques ; que toute hernie étranglée doit être aussitôt réduite, soit par le taxis, soit par la kélotomie.

Nous ne saurions, nous ne voudrions pas revenir sur de telles conclusions. Ce serait folie que de prétendre lier les mains au chirurgien, en essayant d'établir sur des distinctions cliniques subtiles, un tableau symptomatologique de l'engouement, à opposer à celui de l'étranglement. Cependant l'engouement, pour être rare, existe. Nous avons eu l'occasion d'en observer récemment un cas suffisamment net dans le service de M. Broca, à l'hôpital des Enfants-Malades. Nous avons pu rassembler une vingtaine d'autres faits non moins précis. Il nous a paru intéressant de leur consacrer une étude d'ensemble, et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous

nous estimerions heureux si nous avions contribué à réhabiliter l'engouement, cet « accident aussi rare que peu défini, pouvant à peine être considéré comme une entité pathologique distincte », ainsi que le juge en termes sévères M. le professeur Berger dans son article du *Traité de Duplay et Reclus*.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'engouement, tel que nous l'avons défini, est une complication peu fréquente des hernies. Parmi plus de deux mille observations que M. Broca a rassemblées, nous n'en avons pu trouver que trois se rapportant à notre sujet. La littérature médicale n'en offre guère plus d'une vingtaine. Encore avons-nous fait place, parmi nos vingt-trois observations, sur la foi de son titre, au cas de Wilmot, dont la relation ne nous a guère convaincu.

Il semble que l'engouement vient surtout compliquer les hernies du jeune âge et de l'âge mûr. Sur dix-sept malades en effet, dont nous avons les âges, sept sont des enfants, dont l'ainé a 10 ans, le plus jeune 4 mois. Et, le moins âgé des adultes a 43 ans.

Faut-il reconnaître une influence au sexe ?... Pour les adultes, quelle conclusion tirer de ce fait que sept de nos malades sont des hommes, cinq des fem-

mes ? Sans doute, une statistique de la Société des bandages indique une proportion de hernies beaucoup plus grande dans le sexe masculin (cinq hommes pour une femme). La femme présenterait donc une prédisposition à l'engouement, probablement en raison de la fréquence chez elle de la hernie ombilicale, et de la tendance de celle-ci aux « pseudo-étranglements ».

Quant aux enfants, tous sont des garçons. Une telle inégalité semble trouver sa raison dans la fréquence plus grande des hernies chez le garçon, et leur plus grand volume.

Fait digne de remarque : sur les sept cas d'engouement chez l'enfant que nous possédons, six fois il s'agit d'une hernie inguino-scrotale gauche, assez volumineuse. Une seule fois, la hernie inguinale siège à droite.

De même, chez les cinq femmes que concernent nos observations, c'est cinq fois une hernie ombilicale qui est le siège des accidents.

La variété est plus grande chez les adultes du sexe masculin : cinq cas se rapportent à des hernies inguinales, deux siégeant à droite, une à gauche, la situation des deux autres n'étant pas indiquée. L'observation IX a trait à une hernie crurale.

Le plus souvent, la hernie contient du gros intestin. Dans les six cas de hernie inguinale gauche de l'enfant, six fois l'incision du sac conduit sur l'S iliaque.

C'est encore le gros intestin qui est signalé dans

trois des observations de hernies ombilicales. Le cæcum est trouvé dans une hernie inguinale droite et dans une hernie ventrale ; trois fois seulement, il s'agit d'une anse grêle (obs. IX, XI et XVII et dans deux, on constate des corps étrangers : os, fibres d'asperges).

Il n'est rien là d'ailleurs que de normal. Et Goyrand d'Aix a fort bien dit : « Si la hernie eût été formée par l'intestin grêle, l'état liquide des matières contenues dans cette partie du tube digestif eût préservé de l'accident. » Les hernies qui s'engouent sont les hernies du gros intestin, c'est-à-dire d'un intestin à contenu solide.

Les matières qui s'accumulent dans l'anse engouée sont variables : bouchon fécal, débris de raisins, de figues de Barbarie, fibres d'asperges, noyaux de cerises agglutinés, osselets. P. Broca rapporte dans sa thèse d'agrégation cinq observations d'engouement vermineux. Elles sont peu convaincantes, et il est vraisemblable qu'elles se rapportent à des hernies étranglées contenant accidentellement quelques vers ; cette opinion trouve d'ailleurs un appui dans l'absence complète de documents modernes précis sur ce sujet.

A l'origine de l'engouement, semblent se trouver des fautes d'hygiène alimentaire. Les malades sont de gros mangeurs, aux digestions pénibles, à l'intestin surmené et paresseux, habituellement constipés. C'est à la suite d'une copieuse débauche d'aliments

indigestes, inattaquables par les sucs digestifs, qu'apparaissent souvent les accidents.

Régime défectueux également chez l'enfant : l'un est nourri de biscuits (obs. VI), un autre est rachitique (obs. XVII).

Outre l'abondance de déchets digestifs plus ou moins compacts, une place est à faire aux altérations fonctionnelles et morphologiques possibles de l'anse herniée. Ainsi que l'écrit M. Lejars à propos de l'engouement ombilical : « Dans un sac ombilical, l'intestin, hernié en grande masse, représente une sorte de diverticule tout préparé pour l'engouement stercoral ; de plus, sa contractilité est rapidement compromise, ne serait-ce que par le fait de sa distension coutumière ; enfin, dans la plupart des hernies anciennes, adhérant par une surface plus ou moins large, par un de ses bords, quand il se distend, il se coude forcément et se plie sur lui-même, et ces plicatures sont parfois assez complètes et assez profondes pour qu'une seule d'entre elles suffise à barrer le passage. »

Et ainsi, par la surcharge d'un intestin paresseux et tortueux, se trouvent réalisées les conditions favorables à la production de l'engouement.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de l'anse engouée sont éminemment variables, et l'on trouve dans nos observations tous les degrés de gravité.

L'intestin avait conservé son aspect normal dans quatre d'entre elles (obs. I, V, XIV, XVI), avec sa coloration ordinaire.

L'anse engouée, bien qu'ayant son aspect normal, est tapissée de quelques fausses membranes (obs. XVI). Elle adhère à l'épiploon, au sac, qui contient d'autre part une anse grêle étranglée (obs. X).

Un léger sillon, au niveau duquel les parois sont amincies, répond au collet dans le cas de Bouchard (obs. XVIII), le sillon est signalé également dans l'observation XVI.

Ordinairement, le collet est peu serré, parfois même on ne découvre pas la moindre constriction comme dans les observations XI, XIII, XIV.

Trois fois, l'anse est congestionnée (obs. IV, VII, XI).

Elle est noirâtre dans son ensemble (obs. XV), noire par places, avec petites ecchymoses (obs. XII). Elle put être réduite cependant dans ces deux cas.

Dans l'observation IX, elle est noire avec des points feuille morte, et l'on doit établir un anus contre nature.

L'intestin est largement gangréné dans les observations III, XXII, et même, l'escarre comprend le sac et les aponévroses dans l'observation III.

Enfin, l'incision du sac donne assez souvent issue à une petite quantité de liquide clair ambré citrin, (obs. VII, XIII, XV, XVI). Parfois quantité considérable, sans cependant lésions appréciables (obs. V).

Rien de bien caractéristique dans ces lésions.

Il semble résulter de cette étude que l'anse herniée conserve longtemps son intégrité, où se congestionne légèrement. Et cependant, deux jours après le début des accidents, l'observation IX nous montre une anse déjà suffisamment altérée, pour qu'on ait dû établir un anus contre nature.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'avons nullement, ainsi que nous l'annoncions à la fin de notre chapitre premier, l'intention d'esquisser un tableau clinique de l'engouement. Nous rappellerions tout à l'heure les altérations rapides qu'avait subies l'anse engouée dans l'observation IX. Ces symptômes n'étaient-ils pas aussi alarmants, aussi menaçants que ceux d'un étranglement serré? Et cependant, il n'y avait pas trace d'étranglement. Par contre, combien d'étranglements évoluent insidieusement? Sur quelle base fonder un diagnostic? la bénignité des symptômes? Question de degré, difficilement appréciable. Et l'engouement de maintenant ne sera-t-il pas tout à l'heure étranglement?

Cependant l'étude des signes physiques peut faire soupçonner, permettre même, comme nous l'avons vu faire à M. Broca, d'affirmer l'engouement.

C'est l'indolence absolue ou relative de la tumeur,

caractère qui se retrouve presque dans toutes nos observations.

C'est surtout l'inégalité de cette tumeur ; sa surface est irrégulière, mamelonnée. De consistance variable, souvent dure, elle est cependant malléable, le doigt y imprime son empreinte, et la sentira parfois se morceler, s'effriter sous sa pression.

« D'autres fois, c'est à côté d'une anse à peine douloureuse, et distendue par une substance dure, la constatation d'une autre anse qui gargouille et joue librement à travers un orifice herniaire, par conséquent normal » (P. Nau).

Hernie irréductible, indolore ou à peine douloureuse, à contenu malléable, gardant l'empreinte du doigt, tels sont, avec les troubles d'obstruction intestinale, les caractéristiques de l'engouement herniaire

CHAPITRE V

TRAITEMENT

De la brève étude qui précède découle la conduite à tenir lorsqu'on soupçonne l'engouement ou que les signes physiques ont été suffisamment nets pour permettre de l'affirmer.

Chez l'adulte, la question se pose à peine. Sauf refus formel du malade, la kélotomie est le seul parti rationnel. Si l'anse est normale, on tentera de la réduire, en morcelant le bouchon fécal, en faisant passer à la filière les fragments dans le bout inférieur. Si cette manœuvre échouait, on inciserait l'anse sur le corps étranger pour l'évacuer. Et si les lésions de l'anse étaient trop avancées, on se comporterait comme dans l'étranglement, recourant suivant les cas à l'anus contre nature, ou à la résection intestinale.

S'agit-il d'un enfant, en particulier d'un nourrisson, exposé à souiller son pansement et à infecter

secondairement sa plaie, et, menacé par la possibilité de complications pulmonaires ? On serait autorisé à essayer d'une purgation, à malaxer doucement la tumeur pour essayer de la morceler et de la réduire. Mais il faut bien savoir que le retour des accidents est difficilement évitable, que l'étranglement est une éventualité toujours à redouter. La conduite la plus sage est encore de deux maux savoir choisir le moindre, en l'occurrence le bistouri.

OBSERVATIONS

Observation I

(AUG. BROCA. *Inédite.*)

M... André, âgé de 15 mois, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 5 mars 1904.

Né avant terme, à sept mois, on constate dès la naissance qu'il est porteur d'une hernie inguinale bilatérale et d'une hernie ombilicale.

A sept semaines, on applique un bandage inguinal doublé.

Le 13 janvier, la hernie droite s'étrangle. L'enfant est porté à l'hôpital Hérold où on l'opère. Une congestion pulmonaire l'y retient un long mois. A sa sortie, il y a une quinzaine de jours, son état général était assez mauvais. Il était amaigri et, au dire de la mère, manquait d'appétit.

Il aurait repris un peu ; c'est encore un enfant pâle, qui se nourrit peu, tousse fréquemment, et présente une otite moyenne bilatérale, avec eczéma suintant du pavillon.

Il n'a plus porté de bandage depuis sa sortie d'Hérold, et la hernie gauche est sortie en permanence.

Depuis deux jours, elle est devenue irréductible, et dure. L'enfant est grognon et se plaint sans cesse. Pas de selles depuis le début. Pas de vomissements.

La hernie qui occupe le scrotum forme une masse assez volumineuse, de consistance assez ferme, malléable cependant, et gardant l'empreinte du doigt. Elle est irréductible, sans aucun phénomène inflammatoire, sans douleur, même au niveau du pédicule.

Le ventre est souple et indolore.

L'opération est pratiquée le jour même par M. Broca. Un grand sac funiculaire, sans communication avec la vaginale, est ouvert. On tombe sur l'S iliaque, de coloration normale, remplies de matière durcies, mais malléables. On réussit assez facilement à les effriter en malaxant l'anse, et celle-ci évacuée, est facilement réduite. Cure radicale.

Le 7 mars, l'enfant expulse deux masses fécales, de la grosseur d'une noix ayant l'apparence d'un mastic brunâtre, et qui provenaient sans doute de la hernie.

Le 11 mars, sortie en bon état.

Revu le 14. Guérison.

Observation II

(BERMOND. *Bull. Chir. Midi*, 1840 ; *Gaz. Hôp.*,
1840, p. 249.

Résumée in P. BROCA. Th. agrég.)

Bermond, de Bordeaux, opère une hernie inguinale droite étranglée ou présumée telle. Il débride sur l'anneau inguinal et s'efforce de réduire l'intestin. Celui-ci, c'était le cœcum,

plein de matières très dures, ne peut franchir l'ouverture. Un deuxième débridement devient nécessaire, et alors, après avoir malaxé la tumeur entre ses doigts pour écraser les matières contenues, le chirurgien finit, non sans peine, par effectuer la réduction.

Observation III

(DAVON, in *Journal de SÉDILLOT*, 1787-1788, t. III, p. 360.

Résumée in P. BROCA, *Th. agr.*)

Davon, chirurgien de l'hôpital militaire de Vannes, chez un malade alité depuis huit jours, et présentant des coliques, sans vomissements, soulève une énorme escarre gangréneuse qui s'était formée sur une hernie inguinale étranglée.

Parmi les débris sphacelés du sac et des aponévroses, il trouve une grande quantité d'aliments délayés, parmi lesquelles un grand ver strongle, et un saucisson bien moulé de matières fécales, de trois pouces de long sur deux de circonférence.

Observation IV

(M. DOWELL, *Dublin journ. of med. Sc.* Vol. 14,

p. 105, 1839. Obs. III du mém. O'BRIEN.

Résumée in P. BROCA, *Th. agr.*)

Homme, 65 ans. Hernie scrotale gauche, volumineuse, datant de trente-cinq ans, non contenue, toujours réductible, jusqu'à ces derniers jours.

Depuis quatre jours, gonflement et irréductibilité, constipa-

tion. Pouls plein à 80. Langue humide et propre. La constipation continue. Quelques nausées, pas de vomissements.

Tentatives inutiles de réduction faites par Féa et O'Beirne. Emploi infructueux du tube imaginé par ce dernier pour extraire les gaz du côlon. Le malade est porté à l'hôpital Richmond.

M. Dowell pratique l'opération de la hernie. L'intestin contenu dans la tumeur est une anse du côlon. La surface de cet intestin est considérablement congestionnée en avant. En arrière et sur les côtés, on ne peut la voir, parce qu'elle est adhérente au sac. Sa cavité est farcie (Stuffed) d'excréments endurcis. L'intestin étant adhérent, on se décide à le laisser dans la plaie; mais du moins on cherche à le vider, par la pression, des excréments qu'il renferme. Pour y parvenir, toutefois il devient nécessaire de diviser l'anneau dans une étendue considérable. Réunion de la plaie par la suture. Mort le quatrième jour.

A l'autopsie, on ne trouve pas d'inflammation dans le ventre. On ne regarda pas la hernie.

Observation V

(GOYRAUD (d'Aix). *Presse Méd.*, 1837, p. 180.

Résumée in P. BROCA, *Th. agr.*)

Enfant de 6 mois. Hernie scrotale gauche volumineuse, irréductible depuis huit jours. Depuis le début, suppression complète des selles, vomissements fréquents; scrotum distendu par une tumeur ovoïde très dure, ayant son pédicule à l'anneau inguinal gauche; le testicule gauche est au-dessous

et en arrière de la tumeur. L'abdomen est tendu, et les traits altérés.

Le taxis paraissait occasionner des douleurs vives. La tumeur ne céda pas. L'enfant repoussait le sein et continuait à vomir. Les forces s'épuisaient, sa voix s'éteignait.

Opération le huitième jour, à 4 heures de soir. « Je trouvai dans le sac le côlon iliaque, distendu par des matières stercorales très dures. Du reste, l'intestin n'était ni enflammé, ni même passivement congestionné : il conservait sa couleur naturelle. Il fallut débrider assez largement pour pouvoir repousser dans les parties de l'intestin restées dans l'abdomen les matières qui distendaient l'anse herniée, et que peu à peu je fis rentrer par la pression, en les faisant passer, comme à la filière, à travers l'ouverture abdominale débridée. Je pus alors facilement replacer dans le ventre l'anse herniée.

Pendant le pansement, le petit malade poussa une selle ; il rendit en quelques instants une grande quantité de matières stercorales très consistantes ; après ces matières solides, vinrent des selles liquides très abondantes. Après l'opération, il n'y eut plus de vomissements ; mais des évacuations diarrhéiques excessives, que rien ne put arrêter, épuisèrent les forces du petit malade, et le firent périr en quarante-huit heures.

A l'autopsie, nous trouvâmes le péritoine sain ; le côlon iliaque, qui avait formé la hernie, aussi décoloré que le reste du paquet intestinal. La muqueuse digestive était pâle ; les intestins contenaient une grande quantité de liquides à peine colorés en jaune ; aucune lésion appréciable n'existait dans les organes qui avaient fourni cette sécrétion excessive,

Observation VI

(MARSOO, in Th. AUDOUCET, 1878.)

(In Mém. NAU, obs. VI, p. 197.)

Enfant de 5 ans, bien constitué, habituellement bien portant.

Porte une hernie inguinale droite pour laquelle les parents m'avaient consulté peu après la naissance. J'avais conseillé le port d'un bandage dès que l'enfant marcherait, mais les parents avaient négligé cette précaution.

Le 26 septembre, l'enfant, ayant mangé une grande quantité de raisins, fut pris dans la soirée de vomissements, qui contenaient des pépins et pellicules de raisins.

La hernie était sortie, dure, gonflée, et les parents, quoi-que habitués à la réduire, n'y peuvent parvenir : l'enfant n'en souffre pas.

Le 27 au matin, nouveaux vomissements (mucosités, débris de raisins).

Les parents échouent encore dans leurs tentatives de réduction.

L'après-midi, un lavement émollient amène une selle normale. La nuit, un ou deux vomissements.

Le 28, l'enfant est très abattu, un peu assoupi, avec une fièvre modérée.

Ventre dur, ballonné, mais non douloureux. La hernie inguinale a le volume d'un œuf : elle est presque ligneuse, indolore à la pression ; la peau n'est pas rouge.

Taxis indolore et infructueux : bain d'une demi-heure ; lavements sans effet. Pas de vomissements.

Le 29 au matin, purgatif rejeté par des vomissements. Pas de fièvre ; état local est identique. Taxis infructueux ; nouveau bain, nouveau purgatif. Frictions sur le ventre avec de l'extrait de belladone.

Le 30, consultation entre les D^{rs} P. Reclus, Blanc et Marsoo

L'enfant venait de prendre un bain ; son état était identique ; indolence absolue.

« Après quelques minutes de taxis, M. Reclus, étonné du peu de douleur que ressentait l'enfant, exerce une pression assez forte sur la hernie : il lui sembla que son doigt laissait une empreinte dans la tumeur ; puis elle se morcelait et diminuait légèrement de volume.

Il fit passer comme à la filière une petite partie du contenu, fort dur, mais au demeurant très friable. Après quelques minutes de taxis pratiqué avec beaucoup de méthode, la hernie finit par rentrer complètement. Après la réduction, l'enfant eut le soir même une selle abondante et évacua une assez grande quantité de débris de raisins. » Suites normales. Guérison.

Observation VII

(MANSER. *Case of large incarcerated congenital inguinal hernia of large intestine in a child four months old. Operation. Recovery* 1879. — *The Lancet*, 1889, I, p. 287.)

(Obs. V, du Mém. de P. NAU.)

Le 12 août 1879, est amené un garçon de 4 mois, porteur d'une hernie inguinale gauche. Il est constipé depuis deux

jours : la veille fréquents et abondants vomissements. Ceux-ci cessent le matin de l'admission.

Taxis essayé inutilement. La hernie occupe tout le scrotum : le testicule est perceptible au-dessous. Elle est légèrement douloureuse à la pression : légère impulsion quand l'enfant crie.

Glace, lavement purgatif, sans résultat. Le soir : pouls : 170 ; temp. : 103° F.

Sous chloroforme, taxis infructueux. Opération.

On trouve une anse de gros intestin, longue de trois doigts et demi, fortement distendue par des fèces solides. L'intestin n'est pas étranglé, mais légèrement congestionné. Dans le sac, un peu de sérosité limpide et ambrée. Élargissement de l'anneau et réduction ; ce dernier temps entraîne une considérable manipulation de l'intestin.

Presque immédiatement après l'intestin se vide librement. Guérison par première intention.

Cet enfant était nourri de biscuits.

Observation VIII

WILMOT. *Umbilical Hernia. Rupture of the sac : obstruction of the bowels. Great fecal Accumulation.*

Brit. med. Journ., 25 juin 1887, p. 1385.

Énorme hernie ombilicale, engouée depuis huit jours, chez une femme de 55 ans, très grosse, en état de collapsus partiel, avec vomissements stercoraux.

La tumeur mesurait 12 pouces suivant son axe vertical, 8 dans le sens horizontal, surplombant la paroi abdominale

de 40 pouces. La peau recouvrant la partie herniée présentait une surface foncée, inégale, noueuse et dure.

Hernie existant depuis douze ans, beaucoup plus petite autrefois. Il y a quelques jours, à la suite d'une violente quinte de toux, sensation de rupture, et la tumeur commence à prendre de plus notables proportions.

Après examen, je conclus à la rupture du sac et à l'irruption de l'intestin dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A grand'peine, je découvris l'anneau ombilical, je le dilatai du doigt, et en trois heures, j'arrivai à faire repasser l'intestin, d'abord à travers la déchirure du sac, puis à travers l'anneau dans l'abdomen. Les vomissements continuèrent tout le temps. Une partie de l'épiploon hernié était irréductible.

Avant de quitter la malade, je fus récompensé par une copieuse salve de gaz... Mort vingt et une heures après, avec des phénomènes apoplectiformes.

Observation IX

GUILLET. Hernie inguinale ancienne. Obstruction par corps étranger. Kélotomie. Anus contre nature. Guérison.

Bull. Soc. anat., 1887, p. 460.

Homme, 64 ans. Hernie inguinale bilatérale double, datant de plus de vingt ans, jamais contenue, depuis longtemps irréductible.

Il y a deux jours, la hernie droite augmente brusquement de volume. Violentes douleurs abdominales. Vomissements verdâtres, persistant à l'entrée. Une selle abondante peu

après le début. Arrêt complet des matières et des gaz depuis lors.

A gauche, hernie volumineuse, non tendue, indolore, irréductible. C'est une épiplocèle.

A droite, hernie peu volumineuse, tendue, douloureuse vers sa partie supéro-interne, où l'on sent une masse indurée, bosselée, probablement épiploïque.

Irréductibilité. Sonorité en dehors, matité, à la partie interne. Pédicule serré, très douloureux.

Abdomen légèrement ballonné. Pouls filiforme. Extrémités non refroidies cependant. Incontinence gastrique absolue, vomissements bilieux ; ni selles ni gaz. L'état général est très mauvais.

Taxis infructueux.

M. Campenon intervient le soir. Une incision sur la partie externe conduit sur une anse d'intestin non étranglée, dépourvue de sac, et qui semble être du gros intestin.

En dedans, sac épais de 5 millimètres environ dont l'ouverture donne issue à un liquide épais, sanguinolent, tapissé de fausses membranes gélatiniformes.

Il contient plusieurs anses grêles. La plus élevée, du volume d'un œuf de poule, à grand diamètre transversal, est noire avec points feuille morte. Elle est bosselée, de consistance anormalement ferme, comme le remarque M. Campenon.

Odeur fécaloïde, gangréneuse. On débride largement malgré que la constriction soit modérée, hors de proportion certes avec les lésions constatées. Anus contre nature.

Ce n'est qu'en se servant du doigt comme d'une curette qu'on parvient à extraire une véritable petite botte de foin, remplissant, et bourrant totalement l'anse intestinale. Ce

magma paraît constitué, quand on le plonge dans l'eau, d'herbes ou de tiges molles enroulées les unes sur les autres, formé sans doute par les fibres d'asperges absorbées entières par le malade dans les jours précédents.

Guérison.

Observation X

(MOULONGUET. *Hernie ombilicale ancienne. Étranglement par vive arête.* *Gazette méd. de Picardie*, 1894, p. 65.

Résumée in *Mém. de NAU*, p. 999. Obs. VIII

Dame porteuse d'une hernie ombilicale ancienne. « qui, depuis longtemps, ne rentrait plus, et qui parfois devenait douloureuse, grossissait, provoquait quelques coliques, et même des vomissements ».

Au bout de quelques heures, ou après un jour ou deux, tout rentrait dans l'ordre.

Dans le cas actuel, des accidents analogues, mais d'intensité et de durée plus longue, la font appeler Moulonguet.

Ce dernier trouve une hernie indolore, souple, sonore, non tendue ; ventre normal, émission de gaz, excellent état général.

Le lendemain, petite selle : « pendant sept jours, alternatives de mieux et de pis. » Le huitième jour, brusquement phénomènes nets d'étranglement. Intervention.

Moulonguet trouve : a) Dans un sac épaissi, et fibreux, une masse épiploïque intimement adhérente au sac ; au milieu de cette masse une anse de gros intestin, adhérent à l'épiploon et remplie de matières fécales dures.

Aspect normal ; *b*) à côté, une anse grêle étranglée.

Pour Moulouguet, il s'agit d'une vieille hernie irréductible, composée d'épiploon et de gros intestin. Celui-ci, rempli de matières fécales dures, a provoqué des symptômes d'engouement ; puis sous l'influence des coliques et vomissements s'est produit l'engagement et l'étranglement d'une anse grêle.

Observation XI

LEJARS. *Les hernies ombilicales étranglées.*

(*Presse méd.*, 1896, p. 82.

Un homme de 56 ans entre à l'hôpital Beaujon avec une grosse hernie crurale droite, douloureuse et irréductible depuis la veille. Vomissements noirâtres. Arrêt stercoral. Facies très altéré. État général inquiétant.

Intervention immédiate. Sac occupé par une longue anse d'intestin grêle, rouge, tendue, inerte ; pas la moindre striction à l'anneau, qui est large, pas de couduré, pas d'adhérences.

Réduction obtenue sans peine, après que l'anse a été évacuée par pression méthodique.

« Voilà le type de l'engouement paralytique. »

Observation XII

(CROS. *Hernie ombilicale étranglée à la suite de l'ingestion de figes de Barbarie. Rev. méd. de l'Afrique du Nord, Alger, 1899, p. 101-107*).

Femme de 43 ans, présentant une hernie ombilicale du volume d'un œuf de poule, jamais contenue.

A son arrivée à l'hôpital, elle présente au niveau de l'ombilic une grosse tumeur arrondie, du volume d'une tête de fœtus à terme. La tumeur est mate, non réductible, de consistance pâteuse, se laissant écraser par la pression, en donnant sous le doigt une sensation de crépitation, comme si des grains se heurtaient les uns contre les autres.

La malade a mangé, les jours précédents, des figues de Barbarie : ventre souple, non douloureux. Vomissements alimentaires. Diarrhée. Il y a douze jours qu'elle est dans cet état. Pouls fréquent, assez fort. Facies fatigué, non hippocratique. Réduction impossible.

Le lendemain et le surlendemain, état local stationnaire : vomissements, selles liquides.

Le troisième jour, kélotomie : on trouve :

Anse de gros intestin de 25 centimètres environ, rouge foncé, et même noire, par places, avec de petites ecchymoses.

On sent à travers la paroi intestinale des pépins de figue de Barbarie, nettement reconnaissables au toucher. Débrièvement réduction.

Selle liquide pendant l'opération.

Le lendemain pas de nouvelle selle ; le surlendemain débâcle : la malade évacue une énorme quantité de masses dures composées de figues de Barbarie. Un lavement, administré, ensuite, amène de nouvelles selles, moins abondantes, mais contenant toujours des pépins. Le lendemain nouvelle évacuation de pépins. Guérison.

A noter la persistance de selles liquides, constantes dans l'obstruction intestinale par figues de *Barbarie*, au dire de *Cros*, qui admet une sorte de feutrage à travers quoi filtreraient liquides et gaz.

Observation XIII

(AUG. BROCA. *Hernie inguinale gauche. Engouement herniaire.*

In Mém. P. NAU. Obs. XI, p. 1000).

Enfant de 4 mois 1/2. Hernie inguino-scrotale gauche reconnue à six semaines. Cette hernie augmentait considérablement de volume et se tendait franchement lorsque l'enfant criait ou faisait des efforts de défécation.

La mère l'avait déjà porté à la consultation de Tenon vers la fin d'octobre 1902, et là, on conseilla la contention, avec avertissement de ramener l'enfant dès la moindre alerte.

La hernie était presque toujours sortie, distendant les bourses. L'enfant était gai, prenait bien le sein, et n'avait aucun trouble des fonctions digestives.

Dans les journées des 15 et 16 janvier 1903, la mère s'aperçut que l'enfant était constipé et qu'il souffrait lors des efforts de défécation.

Dans la soirée du 17, l'enfant souffrait visiblement en poussant, et ses efforts restaient vains. En même temps, la hernie était tendue et la peau devenait entièrement bleue, dit la mère.

Les phénomènes ne font qu'augmenter dans les journées suivantes, la hernie restant toujours volumineuse, dure et tendue, et l'enfant n'allant toujours pas à la selle. En outre, il tette peu.

Enfin, dans la soirée du 19, l'enfant a des vomissements blancs (lait), peu abondants, et cédant d'ailleurs vite.

Amené dans le service de M. Broca le 20 au matin. État actuel à l'entrée : facies bon, langue propre et humide. Abdomen légèrement tendu.

Dans le pli inguinal gauche tumeur du volume d'un fort œuf de poule. Cette tumeur est actuellement sonore et dépressible, nettement indépendante du testicule normal. En arrière est une masse tout à fait dure, paraissant peu douloureuse à la pression. Elle est aplatie, de consistance lobulée, et, dans les efforts de l'enfant, on sent glisser sur elle une partie qui gargouille et semble réductible.

M. Broca nous fait remarquer et sentir ces phénomènes singuliers, et nous annonçant que ce ne doit pas être une hernie étranglée, mais « autre chose », il opère séance tenante.

Découverte du sac herniaire qui, fortement tendu, est intact et bride l'intestin sous-jacent. L'incision du sac fait voir que le segment intestinal hernié n'est autre que l'S iliaque, que l'on trouve bourré de matières intestinales très dures, résistant sous le doigt qui cherche à les écraser.

L'index pénètre sans peine dans le collet ; aucun contour serré n'est marqué sur l'intestin.

La tunique intestinale est de coloration normale ; un peu de liquide rose, mêlé de quelques exsudats fibrineux légèrement rougeâtres, sort de l'abdomen.

Malaxation de l'intestin, pour morceler et ramollir les matières. Réduction de l'S iliaque, suivie de la cure radicale ordinaire.

Pendant le pansement émission par l'anus d'un cylindre de matière intestinale dure, long de huit centimètres environ et du volume d'un doigt moyen d'adulte. Pas de corps étrangers.

Dans les jours qui suivent l'opération, congestion légère

des bases. Un peu de diarrhée jaune avec taches verdâtres le huitième jour. Réunion par première intention. L'enfant quitte l'hôpital le 1^{er} février ; il est revu en bonne santé le 13.

Observation XIV

(BONNE, in *Dauphiné médical*, 1904, n° 11, p. 247.)

Hernie irréductible par présence dans l'anse herniée d'un volumineux calcul fécal chez un enfant de 7 mois.

Cet enfant m'est amené d'urgence un après-midi. Il nous présente à l'examen une tumeur assez volumineuse, grosse environ comme un œuf de poule située dans la région inguinale gauche, et descendant jusque dans le scrotum. Cette tumeur est mate, rouge, chaude, et douloureuse au palper. Elle remonte vers le trajet inguinal.

Le testicule est situé fort en bas, et en arrière. Il y a un œdème assez prononcé, l'enfant ayant porté un bandage pendant quelque temps. Nous sommes en présence d'une hernie qui est irréductible.

Les parents qui accompagnent l'enfant nous disent enfin qu'il y a absence presque complète de gaz et de selles depuis deux jours. L'enfant a aussi eu des vomissements.

M. le Dr Termier appelé d'urgence décide l'intervention. Notons cependant que pendant les préparatifs de l'intervention, l'enfant évacue une petite quantité de matières liquides.

Après l'incision des couches superficielles, on tombe sur le sac hernié, à travers lequel on sent un corps très dur, de la grosseur d'un œuf de pigeon et donnant l'impression d'un

calcul. Autre remarque : on ne trouve aucune trace d'étranglement, ni sur l'anneau, ni sur le sac.

Ouverture du sac, remarquable par sa minceur : presque pas de liquide. On tombe sur une anse du gros intestin. Le corps dur que l'on sent juste au sommet de l'anse, est saisi à travers l'intestin, et par une pression continue, mais douce, on parvient à le dissocier, à l'écraser, puis on fait cheminer isolément les fragments, jusque dans la portion intra-abdominale de l'intestin. L'anse est réduite, et la cause de l'obstruction n'existant plus, le cours des matières, est rétabli immédiatement. Nous en avons la preuve du reste, par une émission soudaine de gaz et de selles.

Pas de suites opératoires. Quelques jours après l'enfant quittait l'hôpital complètement guéri.

Observation XV

ANCIAN ET SERRE. — *Etranglement herniaire et engouement par pépins de raisins.*

Toulouse médical, 1905, 2^e sem., p. 216.

Homme de 45 ans. Hernie inguinale droite congénitale, de volume moyen, habituellement réductible, devenue subitement plus grosse et tendue à la suite d'un effort.

La tumeur fut dès lors irréductible, et le malade affirme n'avoir eu ni selle ni gaz à partir de ce moment.

Aucune souffrance, ventre à peine ballonné. Pas de vomissements, ni même de nausées.

État général excellent. Pouls : 80. Temp. : 37°. Pas de réaction péritonéale.

Kélotomie.

A l'ouverture du sac, petit écoulement de sérosité limpide, Grosse masse épiploïque : au-dessous et en dedans d'elle, tumeur noirâtre, de la grosseur d'une mandarine, pédiculée et de consistance ferme.

Sensation graniteuse à la palpation de cette tumeur, qui conserve l'empreinte des doigts. Elle est due à une accumulation de pépins de raisins, que le malade avait consommés en abondance dans les jours précédents.

D'ailleurs, étranglement à l'anneau. Débridement. Résection d'épiploon, et réduction du pédicule. Réduction de l'anse après morcellement et évacuation dans le bout inférieur de la masse obturante. Cure radicale.

Temp. : 39.7 le surlendemain. Un purgatif administré détermine une véritable débâcle de peaux et de pépins de agglutinés en raisins masses, du volume d'une noix.

Temp. 38° Encore le lendemain. Nouvelle purgation et nouvelle débâcle semblable.

Guérison.

Observation XIV

BOILEVIN. *Sur une observation d'engouement
et d'inflammation herniaire.* Th., Paris, 1903.

Femme 51 ans. Hernie ombilicale connue depuis huit ans. Accroissement notable l'hiver précédent.

Il y a deux mois, assez forte indisposition.

Vomissements. Constipation opiniâtre et anorexie. Hernie dure et douloureuse.

Il y a huit jours, la constipation réapparaît, cédant à une purgation. Le 17 juin, la malade se sent très bien.

Le soir, reprise des vomissements, sensation de la barre à la ceinture.

Le lendemain, vomissements muco-bilieus. Anorexie absolue.

Les lavements sont rendus avec quelques matières et quelques gaz. La hernie est plus douloureuse et plus dure.

Le 19, la malade rend encore quelques gaz. Elle est transportée à l'hôpital, où on l'opère sitôt son entrée.

Incision sur la ligne blanche, longue de 15 centimètres environ, ayant à son milieu à l'ombilic. La hernie a le volume du poing.

A l'ouverture du sac, s'échappe une petite quantité de liquide citrin. Une masse épiploïque très adhérente apparaît.

Ligature et résection d'épiploon.

Dans le fond l'intestin forme une tumeur arrondie, de la grosseur d'un œuf, de consistance pâteuse, de coloration normale. En la pressant entre les doigts, on sent les matières contenues dans l'anse herniée filer dans le bout inférieur. Quelques adhérences fibrineuses récentes sont facilement détruites.

Débridement du collet. Léger sillon circulaire sur l'intestin à ce niveau. Aucune trace de sphacèle.

Réduction et cure radicale.

Guérison.

Observation XVII

(AUG. BROCA. *Engouement herniaire chez le nourrisson.*

Presse médicale, 1907, 1^{er} juin, p. 346.)

Le 16 avril 1907, entré à l'hôpital des Enfants-Malades un garçon d'un an, en assez bon état, quoique rachitique, porteur d'une volumineuse tumeur inguinale gauche.

Depuis l'âge de 2 mois, à la suite d'une atteinte grave de gastro-entérite avec diarrhée et vomissements, l'enfant présentait une hernie. D'abord grosse comme un œuf de pigeon, elle tardait pas à descendre au fond du scrotum lorsque l'enfant pleurait; elle était mal contenue par le bandage appliqué, sous lequel elle s'échappait.

Depuis une vingtaine de jours la hernie, jusque-là réductible, cessa de l'être. Pas de renseignements précis sur les troubles fonctionnels: cependant constipation, coliques semblant modérées, sans phénomènes d'étranglement.

A l'examen: la masse était irrégulièrement cylindrique, de consistance dure, cependant, se laissant déprimer par le doigt dont elle garde l'empreinte, de surface mamelonnée; elle soulevait le canal inguinal et se prolongeait dans le scrotum, presque jusqu'à toucher le testicule, celui-ci étant d'ailleurs tout à fait indépendant et mobile.

La tumeur était grosse environ deux fois comme le pouce, indolente, irréductible, recouverte de peau normale,

Le diagnostic posé fut: grosse hernie inguinale gauche de l'S iliaque, toutes réserves faites sur l'exceptionnelle hernie du cœcum à gauche.

Opération le 18 avril. « Après ouverture du sac, je malaxe l'S iliaque, et, après l'avoir ainsi vidée, je la réduis sans peine. » Cure radicale.

Réunion par première intention.

Sortie le 28, guéri.

Observation XVIII

(BOUCHARD. *Hernie ombilicale engouée chez une vieille femme. Autopsie.*)

(In Th. NICAISE, Paris, 1866.)

Vielle femme de la Salpêtrière. La hernie ne présentait ni étranglement, ni adhérences, mais paraissait bien établie dans le sac ombilical. L'anse du côlon qui la formait offrait à ses deux extrémités un rétrécissement passager. On observait en ce point l'amaigrissement des parois qui étaient épaisses entre ces deux extrémités.

Le gros intestin ne renfermait de matières qu'inférieurement, mais le côlon transverse à droite et à gauche de l'anse était vide. La partie herniée seule était remplie de matières fécales molles. J'enlevai l'intestin et le plaçai sous le jet d'une fontaine. Les matières retenues par le rétrécissement, conservèrent leurs positions, je fus obligé de vider l'anse, de presser avec la main en poussant vers une extrémité. Les matières sortirent en s'effilant et présentant un diamètre plus petit que celui de l'intestin voisin. C'est alors que je constatai la facile dilatabilité du rétrécissement et les altérations des parois que j'ai signalées plus haut.

Observations XIX et XX

(J. C. PETIT. *Œuvres posthumes*, t. II, p. 277.)

XIX. — A d'autres, j'y ai trouvé des vers, des noyaux de cerises, des prunes, des pépins de raisins et de petits os de mouton : il y avait quinze jours que ce dernier malade les avait avalés en mangeant une fricassée de pieds.

XX. — J'ai aussi trouvé plusieurs fois des noyaux de cerises ; une fois entre autres, j'en trouvai un si grand nombre qu'ils remplissaient toute la portion de l'intestin contenue dans la hernie : heureusement, je pus les faire passer dans la portion contenue dans le ventre, et je réduisis la hernie.

Observation XXI

GAILLARD (*in* Th. de P. BROCA, p. 26).

A vu dans une hernie ventrale le « cæcum contenant un corps étranger formé par un amas d'os de pied de cochon et de noyaux de cerises, et recouvert d'une substance mollassse et veloutée ».

Observation XXII

FAREY (*in* Th. de P. BROCA, p. 26).

Chirurgien à La Flèche, voit un portefaix qui avait depuis huit ans une hernie inguinale réductible.

Appelé pour des symptômes d'étranglement, il note « la

grande dureté qu'il trouvait à la tumeur et qui était telle qu'elle lui semblait osseuse ».

Après plusieurs jours de temporisation, commandés par la peur du malade, il incise la tumeur. Du sac, sort un pus mal digéré et d'une odeur insupportable. L'intestin iléon se trouve tout pourri ; Farcy en tire des os de pied de mouton au nombre de seize. Le portefaix les avait avalés la veille de son accident. Résection de quatre doigts d'intestin gangrené. Anus contre nature. Guérison.

Observation XXIII

IGOÛNET (*Journal de chir. de Malgaigne*, 1844, t. III, p. 63.

Cité in Th. de P. BROCA).

Hernie engouée chez un enfant de 10 ans. Il vomissait déjà des matières fécales quand la réduction de la tumeur fut obtenue. Tout à coup, il rejette par vomissement vingt et un noyaux de cerises. Il en rend presque aussitôt seize autres par les selles, et les accidents se dissipent comme par enchantement.

CONCLUSIONS

1° Après d'innombrables discussions, la notion longtemps classique de l'engouement herniaire, a fait place, et avec justice d'une façon générale, à celle de l'engouement herniaire.

2° Cependant, un certain nombre de faits semblent témoigner que l'engouement a néanmoins une existence, et même une certaine individualité.

3° Ceci ne peut s'entendre que des hernies à contenu solide, et du gros intestin, par conséquent où l'accumulation de matières fécales, ou de corps étrangers, peut jouer un rôle dans le processus pathologique.

4° Plus fréquent, semble-t-il chez l'enfant, ou, bien plus tard, dans l'âge mûr, l'engouement se caractériserait par les symptômes suivants :

Indolence absolue ou presque, de la hernie, qui est ordinairement volumineuse et ancienne de date.

La surface de la tumeur est mamelonnée, irrégulière.

La palpation révèle une consistance anormale, le plus souvent dure, mais, cependant malléable, gardant l'empreinte du doigt.

5° On doit toutefois convenir que cette notion, qui peut avoir un certain intérêt anatomique et pathogénique, perd pratiquement de son importance. L'engouement, en effet, bien que, généralement, ne présentant pas la même activité de symptômes, comporte le même traitement que l'étranglement, car il peut avoir la même issue fatale, et, parfois, aussi rapidement, si l'on n'intervient pas.

Vu : le Président de la thèse

SECOND

Vu : le Doyen :

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ANCIAN ET SERRE. — Étranglement herniaire et engouement par pépins de raisin. *Toulouse médical*, 1905, 2^e sem., p. 261.
- AUDOUCKET. — « Sur une observation d'engouement herniaire. » *Th. Paris*, 1898.
- BAUMGARTNER. — « Les hernies par glissement du gros intestin. » *Th. Paris*, 1905.
- P. BERGER. — Art. : *Hernies*, in *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, 2^e édit.
- BERMOND. — *Bull. chir. du Midi*, mai 1840. *Gaz des Hôp.*, 1840, p. 249.
- BONNE. — « Hernie irréductible par présence dans l'anse herniée d'un volumineux calcul fécal chez un enfant de 7 mois. » *Dauphiné médical*, Grenoble, 1904, XXVIII, p. 247-249.
- BOILEVIN P. — Sur une observation d'engouement et d'inflammation herniaire. » *Th. Paris*, 1903.
- BOSC ET BLANC. — « Lésions de l'intestin dans les cas de hernie étranglée et d'engouement. » *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, 1896.
- P. BROCA. — « De l'étranglement dans les hernies abdominales. » *Th. agr.*, 1853.

- AUG. BBOCA. — « Hernie inguinale étranglée chez l'enfant. » *Pr. méd.*, 1902, II, p. 331.
- « Hernies inguinales du nourrisson. » *Leç. clin. de chir. infant.*, 2^e sér., 1905, p. 458.
- « Engouement herniaire chez le nourrisson. » *Pr. méd.*, 1907, n^o 44, p. 346.
- BOWYER. — « Case of-strange hernia, part of ileum paralyzed ; manipulation of the gut removed obstruction » *Virginia medical Monthly, Richmond*, 1888-1889, XV, 317-322. (Engouement?? Journal introuvable.)
- CATLEET. — « A cylinder of raspberry seeds (pepins de framboise) complicating a strangulated hernia. »
- *Med. and surgical reporter*. Philadelphia, 1885, p. 791.
- CROS. — « Hernie ombilicale étranglée à la suite de l'ingestion de figues de Barbarie. » *Rev. méd. de l'Afrique du Nord*. Alger, 1899, p. 101-107.
- CORNELL. — « A case of obstructed incomplete inguinal hernia. » *Montreal méd. Journal*, 1890-1891, XIX, 588, 592. (Introuvable. Engouement ?)
- DAVON. — *Journal de Sédillot*, 1787-1788, t. III, p. 300.
- FARCY. — *Mém. Acad. roy. des Sciences*, 1723, p. 41.
- FRANÇO. — *Traité très ample des hernies*. Lyon, 1561.
- GOURSAUD. — « Rem. sur la différence des causes de l'étranglement dans les hernies. » *Mém. Acad. Chirurgie*, 1768.
- GOYRAUD (d'Aix). — *Pr. méd.*, 1837, p. 180.
- *Clin. chirurg.*, 1871, p. 318.
- GUILLET. — « Hernie inguinale ancienne. Obstruction par corps étranger. Kélotomie. Anus contre nature. Guérison. » *Bull. soc. Anat.*, 1887, p. 460.
- HÉVIN. — « Obs. Farcy. » *Mém. Acad. Chirurgie*, 1743, t. I, p. 602.
- LEJARS (F.). — « Hernies ombilicales étranglées. » *Pr. méd.*, 1896, p. 81.
- LITTRÉ. — *Mém. Acad. Sc.*, 1700.

MALGAIGNE. — « Examen des doctrines reçues jusqu'à présent sur l'étranglement des hernies. » *Acad. de Méd.*, 1840.

— « Du pseudo-étranglement. » *Arch. générales de Méd.*, 1841.

Journal de MALGAIGNE. — Cas Igounet, 1844.

MANSER. — « Case of large incarcerated congenital inguinal hernia of large intestine in a child four months old. Operation. Recovery, 1879. *Th. Lancet*, 1880, t. I, p. 287.

MÉRIGOT DE TREIGNY. — « Hernies du gros intestin. » *Thèse de Paris*, 1887.

MOULONGUET. — « Hernie ombilicale ancienne. Étranglement par vive arête. » *Gaz. méd. de Picardie*, 1894, p. 85.

NAU (P.). — « L'engouement herniaire. » *Rev. Gyn. et Chir. abd.*, 1903, p. 993.

NICAISE. — *Th. Paris*, 1866.

O'BEIRNE. — Obs. M'Dowell, 3^e du Mémoire. *Dublin Journ. of med. sc.*, vol. 14, p. 105, 1839.

PETIT (J.-L.). — Œuvres posthumes, t. II, p. 277, 330.

PICQUÉ (L.). — *Encyclop. internat. chir.*, 1888, Art. : *hernies*.

ROCHARD. — « Les hernies. » Paris, 1905.

TARIEL. — *Th. Paris*, 1894.

VILMOT. — « Umbilical hernia. Rupture of the sac. Obstruction of the bowels ; great fécal accumulation. »

